

**OPINI PERAWAT DI RUMAH SAKIT Dr. MOEWARDI
SURAKARTA TERHADAP PEMBERIAN OBAT DALAM
”*PERI-OPERATIVE FASTING PERIOD*” : SEBUAH SURVEY**

SKRIPSI



Oleh:

**MUHAMMAD KURNIAWANTO
K 100 040 129**

**FAKULTAS FARMASI
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA
SURAKARTA
2010**

**SURAKARTA
2010**

**BAB I
PENDAHULUAN**

A. Latar Belakang Masalah

Kemajuan teknologi pembedahan saat ini telah mengarah pada prosedur yang lebih kompleks. Pada waktu yang sama dimana terjadi kemajuan teknologi, pelayanan dan biaya untuk perawatan kesehatan juga berubah, mengakibatkan lama hari rawat yang lebih singkat dan tindakan-tindakan dengan biaya yang lebih efektif. Pada tahun 1980-an, tujuh dari delapan pasien bedah memerlukan setidaknya menginap satu malam di rumah sakit. Sekarang ini, diperkirakan bahwa 60% pembedahan dilakukan di unit-unit gawat darurat. Keberadaan perawat juga menjadi salah satu faktor penting dari perkembangan kemajuan teknologi, terkait tugas perawat dalam perawatan kesehatan serta tindakan keperawatan (Brunner *and* Suddarth, 2002).

Pasien dengan masalah perawatan kesehatan yang memerlukan intervensi pembedahan biasanya menjalani prosedur pembedahan yang mencakup pemberian anestesi lokal, regional, atau umum. Perkembangan preparat anestetik, akhir-akhir ini telah difokuskan pada obat-obat kerja singkat dan pemulihan yang lebih cepat (Brunner *and* Suddarth, 2002). Anestesi secara umum sering dapat menimbulkan mual dan muntah saat digunakan, yang kemudian menimbulkan komplikasi yang serius dan berakibat fatal (Dean *and* Fawcett, 2000), sehingga perawat menyampaikan pada pasien untuk puasa sebelum operasi. Hal ini dilakukan untuk menghentikan semua asupan oral hingga 4 jam dan makanan padat antara 4

sampai 6 jam sebelum operasi (Rowe 2002). Berdasarkan penelitian oleh Hung (1992) dan Rowe (2002), puasa makanan padat selama 4 jam sudah cukup, dan cairan bening dapat diberikan pada pasien hingga 3 jam sebelum operasi tanpa menimbulkan efek yang berbahaya (Woodhouse, 2006).

Banyak pasien bedah umum yang mendapatkan pengobatan kardiovaskuler. Sebuah penelitian, menemukan bahwa 29% dari obat yang diresepkan untuk pasien tidak diberikan pada saat operasi dan setelah operasi. Rata-rata penghentian untuk obat kardiovaskuler sekitar 40% (Corfield *et al.*, 2006). Pada penelitian lain menunjukkan rata-rata penghentian obat kardiovaskuler tersebut mencapai 45%. Sejumlah 68% penghentian pengobatan dilakukan pasien selama menjalani puasa tanpa menelan sesuatu apapun dari mulut. Penghentian obat kardiovaskuler yang tiba-tiba dapat meningkatkan angina, infark miokardial, kematian mendadak, rebound hipertensi dan ventricular arrhythmias (Wyld *et al.*, 1988).

Periode puasa pada perioperatif membuat pemberian obat yang diberikan secara normal menjadi sulit dipertahankan. Penghentian obat secara tiba-tiba dapat menimbulkan resiko yang berbahaya bagi pasien (Wyld and Nimmo, 1988). Terapi obat yang tidak berdasarkan dengan pedoman pengobatan pembedahan diprediksikan dapat menimbulkan komplikasi-komplikasi pada masa setelah operasi, dan sebuah tindakan harus dilakukan dengan segera untuk mengatasinya (Kennedy *et al.*, 2000).

Periode puasa sebelum pemberian anestesi pada tahap pembedahan sangat penting untuk mencegah aspirasi yang dapat membahayakan pasien. Itulah yang menjadi alasan pada banyak keadaan klinis saat pembedahan untuk memuaskan

pasien dalam jangka waktu yang tidak terlalu lama (Jester *and* Williams, 1999). Puasa sebelum operasi yang lama, membuat pasien tidak nyaman, mulut kering, dan merasa haus. Pada beberapa situasi menyebabkan dehidrasi, hipovolemi, mual dan muntah (Judith *and* Anthony, 2000). Puasa yang rasional sebelum operasi dapat mengurangi resiko reflek menyumbat dari bahan makan yang diserap oleh pasien saat penggunaan anestesi (Brunner *and* Suddarth, 2002).

Proses keperawatan perioperatif bertanggung jawab dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Khususnya, pengkajian mengidentifikasi kebutuhan pasien, perencanaan menguraikan intervensi terbaik yang diperkirakan memenuhi kebutuhan pasien, implementasi asuhan keperawatan yang telah direncanakan, serta evaluasi penentuan apakah pasien mencapai hasil yang diharapkan dari intervensi yang dilakukan (Rothrock, 2000).

Rumah Sakit Dr. Moewardi Surakarta merupakan sebuah rumah sakit umum yang melakukan pelayanan kesehatan berada di kota Surakarta. Rumah sakit ini menangani banyak kasus, salah satunya pembedahan. Sehingga perawat di bangsal rumah sakit ini ada yang mempunyai pengalaman dalam menangani pasien perioperatif. Oleh karena itu, penelitian dilakukan di Rumah Sakit Dr. Moewardi Surakarta.

Kemudian keberadaan perawat yang menjadi partner saat penanganan pasien bersama dokter dan farmasis menghasilkan kolaborasi sempurna. Dengan dasar keperawatan dimiliki, kemampuan *peri-operative fasting period* menghasilkan proses keperawatan yang efektif dan efisien. Terhadap farmasis, puasa sebelum

dan sesudah pembedahan merupakan mekanisme pengobatan rasional yang perlu diperhatikan untuk mencegah kemungkinan terjadinya *medication error*.

B. Rumusan Masalah

1. Bagaimana opini perawat yang muncul di Rumah Sakit Dr. Moewardi Surakarta terhadap *peri-operative fasting period*?
2. Bagaimana opini perawat yang muncul di Rumah Sakit Dr. Moewardi Surakarta terhadap pemberian obat selama *peri-operative fasting period*?
3. Bagaimana hubungan pengetahuan dan sikap perawat dalam mengambil keputusan terhadap pemberian obat selama *peri-operative fasting period*.

C. Tujuan Penelitian

1. Mengetahui opini perawat Rumah Sakit Dr. Moewardi Surakarta terhadap *peri-operative fasting period*.
2. Mengetahui opini perawat Rumah Sakit Dr. Moewardi Surakarta terhadap pemberian obat selama *peri-operative fasting period*.
3. Mencari hubungan pengetahuan dan sikap perawat dalam mengambil keputusan terhadap pemberian obat selama *peri-operative fasting period*.

D. Tinjauan Pustaka

1. Perawat

Dunia kesehatan mengalami perkembangan seiring kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi yang merubah informasi, metode dan sikap. Salah satu contoh perkembangan adalah meningkatnya fungsi rumah sakit saat memberikan

pelayanan kesehatan, lebih kompleks jenis dan jumlah obat. Untuk mengatasinya perawat harus paham cara menyiapkan dan memberikan obat (Priharjo, 1995).

a. Peran perawat

Perawat mempunyai beberapa peran, bila dari batas kewenangan yaitu :

1) Peran Independen

Merupakan peran perawat secara legal dapat melakukan tindakan secara mandiri terhadap diagnosa keperawatan tertentu.

2) Peran Dependen

Merupakan peran perawat tergantung pada profesi lain dalam melakukan tindakan terhadap masalah kesehatan.

3) Peran Interdependen (kolaborasi)

Merupakan peran perawat melakukan tindakan terhadap masalah kesehatan yang memerlukan perawatan bersama. (Mubarak, 2005)

b. Kewajiban yang ditentukan undang-undang

Undang-undang mengenai pelayanan orang sakit, mempunyai kekuatan hukum sejak Agustus 1963. Keputusan tentang pelaksanaan undang-undang ini dipublikasikan dalam Lembaran Negara (Bouwhuizen, 1991). Untuk melaksanakan pendidikan bagi perawat, maka sebuah lembaga pendidikan harus memenuhi beberapa persyaratan yang menyangkut bangunan, susunan dan perlengkapan yang dimiliki (Bouwhuizen, 1991).

2. Keperawatan Perioperatif

Keperawatan didefinisikan sebagai diagnosis dan penanganan respons terhadap masalah kesehatan yang potensial dan aktual (Rothrock, 2000). Keperawatan operatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Kata "perioperatif" adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga fase pengalaman pembedahan (sebelum operasi, operasi dan setelah operasi) (Brunner *and* Suddarth, 2002).

Fase sebelum operasi dari peran keperawatan perioperatif dimulai ketika keputusan untuk intervensi bedah dibuat dan berakhir ketika pasien dikirim ke meja operasi. Lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik atau di rumah, menjalani wawancara praoperatif, dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan dan pembedahan (Brunner *and* Suddarth, 2002).

Fase operasi dari keperawatan perioperatif dimulai ketika pasien masuk atau dipindah ke bagian atau departemen bedah dan berakhir saat pasien dipindah ke ruang pemulihan. Lingkup aktivitas keperawatan dapat meliputi: memasang infus (intravena), memberikan medikasi intravena, melakukan pemantauan fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien (Brunner *and* Suddarth, 2002).

Fase setelah operasi dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau di rumah. Lingkup keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini.

Pada fase pasca operatif langsung, mengkaji efek anestesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan selanjutnya adalah peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut, dan rujukan yang penting untuk penyembuhan yang berhasil dan rehabilitasi diikuti dengan pemulangan (Brunner *and* Suddarth, 2002).

3. Puasa Saat Perioperatif

Periode puasa sebelum pemberian anestesi pada pembedahan sangat dibutuhkan untuk mencegah aspirasi dari isi lambung yang dapat menimbulkan bahaya yang fatal. Itulah yang menjadi alasan pada banyak praktek klinik untuk memuaskan pasien dari makanan padat dan cairan dalam waktu yang tidak terlalu lama. Pasien yang menjalani puasa sebelum operasi, mungkin akan menerima efek dari periode puasa ini, tergantung dari status kesehatan mereka sebelum puasa (Jester *et al.*, 1999).

Biasanya puasa pre-operatif dimulai sejak tengah malam. Padahal puasa yang lama belum tentu dapat memberikan manfaat klinik saat penggunaan anestesi. Puasa yang pendek dianggap sudah cukup untuk memastikan pengosongan lambung dan menurunkan resiko dari aspirasi paru-paru. Pemberian cairan bening secara oral 2 jam sebelum pemberian anestesi tidak memberikan efek yang merugikan pada isi lambung. ASA (*American Society of Anesthesiologists*) merekomendasikan untuk menggunakan waktu puasa yang pendek untuk pasien bedah, tergantung dari tipe pencernaan masing-masing pasien (Shime *et al.*, 2005).

Pada pasien dewasa umumnya dianjurkan puasa selama 6 sampai 8 jam, anak-anak 4 sampai 6 jam dan pada bayi 3 sampai 4 jam. Makanan tidak berlemak diperbolehkan 5 jam sebelum induksi anestesi. Minuman bening, air putih, teh manis sampai 3 jam dan untuk keperluan minum obat air putih dalam jumlah terbatas diberikan 1 jam sebelum induksi anestesi (Latief *et al.*, 2002). Ketika dilakukan penelitian klinik pada pasien dewasa di Rumah Sakit Foothills, Calgary, menegaskan bahwa asupan 150 ml air dan kopi atau jus buah secara oral 2 sampai 3 jam sebelum jadwal pembedahan tidak menunjukkan efek klinik yang penting pada volume atau pH lambung, petunjuk puasa untuk pasien rawat jalan dilarang memakan makanan padat tetapi diijinkan asupan cairan bening (Judith *et al.*, 2000).

American Society of Anesthesiologist Task Force tahun 1999 mempublikasikan petunjuk pre-operatif, mereka merekomendasikan puasa yang tepat untuk cairan per-oral selama 2 jam atau lebih sebelum penggunaan anestesi atau memonitor penggunaan anestesi pada pasien dewasa (Judith *et al.*, 2000). Puasa yang rasional sebelum operasi dapat mengurangi resiko gangguan penyumbatan dan aspirasi dari cairan pencernaan pada pasien selama pengaruh anestesi.

Salah satu tanggung jawab perawat dalam asuhan keperawatan adalah melakukan intervensi keperawatan pre-operatif.

1) Nutrisi dan cairan

Bila pembedahan dijadwalkan untuk pagi hari, makanan kecil diperbolehkan pada malam sebelumnya. Pada pasien dehidrasi, dan terutama pada

pasien lansia, cairan per-oral sering kali dianjurkan sebelum operasi dilakukan. Selain itu, cairan mungkin akan diberikan secara intravena, terutama pada pasien yang tidak mampu minum. Jika pembedahan dijadwalkan siang hari dan tidak melibatkan bagian saluran gastrointestinal manapun, sarapan pagi yang lunak bisa diberikan. Seringnya asupan makanan atau minuman per-oral tidak diberikan 8 sampai 10 jam sebelum operasi (Brunner *and* Suddarth, 2002).

Tujuan menunda pemberian makanan sebelum pembedahan adalah untuk mencegah aspirasi. Aspirasi terjadi ketika makanan dan air mengalami regurgitasi dari lambung dan masuk ke dalam sistem paru. Material yang terhirup tersebut bertindak sebagai benda asing, yang mengiritasi, dan menyebabkan reaksi inflamasi yang mengganggu pertukaran yang adekuat di udara. Aspirasi merupakan masalah serius dan menyebabkan angka mortalitas yang tinggi (60% sampai 70%) ketika hal tersebut terjadi. Keadaan fisiologis setiap pasien berbeda, pada lansia bahkan beresiko lebih tinggi lagi terhadap aspirasi (Brunner *and* Suddarth, 2002).

2) Persiapan intestinal

Pembersihan dengan enema atau laksatif mungkin dilakukan pada malam sebelum operasi dan mungkin diulang jika tidak efektif. Pembersihan ini adalah untuk mencegah defekasi selama anestesi atau untuk mencegah trauma yang tidak diinginkan pada intestinal selama pembedahan abdomen (Brunner *and* Suddarth, 2002).

3) Persiapan kulit praoperatif

Tujuan dari persiapan kulit praoperatif adalah untuk mengurangi sumber bakteri tanpa mencederai kulit. Bila ada waktu, seperti pada bedah efektif, pasien dapat diinstruksikan untuk menggunakan sabun yang mengandung deterjen (germisida) untuk memberikan area kulit selama beberapa hari sebelum pembedahan, untuk mengurangi jumlah organisme kulit, persiapan ini bisa dilakukan di rumah (Brunner *and* Suddarth, 2002).

Sebelum pembedahan pasien harus mandi air hangat dan merilekskan serta menggunakan sabun betadin. Tujuannya adalah untuk mengurangi resiko kontaminasi kulit (organisme kulit) terhadap luka bedah (Brunner *and* Suddarth, 2002).

4. Anestesi

a. Anestesi umum

Anestesi inhalasi merupakan bentuk dasar teknik anestesi umum yang sering digunakan, sedangkan teknik intravena dapat digunakan sebagai alternatif. Terdapat dua sistem yang berbeda untuk memberikan gas dan uap anestesi kepada pasien. Pada sistem *draw over*, udara digunakan sebagai pembawa gas yang mudah menguap atau gas kompresi sebagai tambahan. Pada sistem *continous flow*, udara tidak digunakan, tetapi gas medis yang dikompresi, biasanya nitrogen oksida dan oksigen, mengalir melalui *flow meter* (Rotameter) dan *vaporizer* untuk memberikan anestesi pada pasien (Dobson, 1994).

Anestesi juga dihasilkan oleh beberapa obat dengan tipe dan proporsi yang berbeda. Tujuannya adalah memberikan induksi yang menyenangkan dan hilangnya kesadaran pasien, dengan menggunakan teknik yang aman bagi pasien dan ahli anestesi serta untuk menyediakan kondisi operasi yang baik untuk ahli bedah. Tapi sayangnya, obat anestesi yang ideal serta diinginkan belum ada. Sehingga anestesi yang biasa digunakan adalah kombinasi beberapa obat untuk suatu operasi (Dobson, 1994).

Obat-obat tertentu misalnya tiopental hanya menyebabkan tidur tanpa relaksasi atau analgesia, sehingga hanya baik untuk induksi. Sebaliknya eter menyebabkan tidur, analgesia dan relaksasi tetapi karena baunya tajam dan kelarutannya dalam darah tinggi, sehingga agak mengganggu dan lambat (meskipun aman) untuk induksi (Dobson, 1994).

b. Premedikasi anestesi dan operasi

Pasien yang akan dioperasi biasanya diberikan premedikasi karena:

- 1) Diberikan sedatif untuk mengurangi ansietas (meskipun ini tidak diperlukan pada anak yang berusia kurang dari 2 tahun)
- 2) Diberikan sedatif untuk mempermudah konduksi anestesi
- 3) Diberikan analgetik jika pasien merasa sakit atau dengan latar belakang analgesia selama dan sesudah operasi
- 4) Untuk menekan sekresi, khususnya sebelum penggunaan ketamin (dipakai atropin, yang dapat digunakan untuk aktivitas vagus dan mencegah bradikardia khususnya pada anak-anak)

- 5) Untuk mengurangi resiko aspirasi isi lambung, jika pengosongan diragukan, misalnya pada kehamilan (pada kasus ini diberikan antasida peroral) (Dobson, 1994)

Obat-obat pre medikasi, dosisnya disesuaikan dengan berat badan dan keadaan umum pasien. Biasanya pre medikasi diberikan intra muscular satu jam sebelumnya atau per-oral dua jam sebelum anestesi (Dobson, 1994).

5. Opini

Menurut Santoso Sastropetro (1990) yang dikutip dari Cutlip dan Center (1961), opini adalah suatu pernyataan tentang sikap mengenai suatu masalah yang bersifat kontroversial. Opini timbul sebagai hasil pembicaraan tentang masalah yang kontroversial, yang menimbulkan pendapat berbeda-beda (Olii, 2007).

6. Sikap

Menurut Notoatmodjo (2003) sikap merupakan reaksi atau respon yang tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek. Menurut Azwar (1999) sikap adalah perasaan memihak atau tidak memihak terhadap suatu obyek psikologis. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa sikap merupakan perasaan yang muncul karena ada stimulus.

Faktor - faktor yang mempengaruhi sikap yaitu :

- a. Faktor intrinsik : kepribadian, intelegensia, bakat, minat, perasaan, usia, pengalaman, kebutuhan serta motivasi.

- b. Faktor ekstrinsik : lingkungan, pendidikan, tingkat pengetahuan dan tingkat ekonomi. (Widayatun, 1999)

7. Rumah Sakit

Rumah sakit merupakan suatu organisasi yang melalui tenaga medis profesional terorganisir, serta sarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kedokteran asuhan keperawatan yang berkesinambungan serta pengobatan penyakit yang diderita pasien (Azwar, 1996).

Sesuai dengan kemampuan tenaga maupun fasilitas yang berbeda-beda, maka kegiatan yang dilaksanakan oleh sebuah rumah sakit berbeda pula. Namun demikian kegiatan pokok rumah sakit adalah sebagai berikut:

- a. Pencegahan penyakit menular
- b. Pengumpulan dan analisa data epidemiologis wilayah kabupaten atau kota
- c. Perencanaan sektor kesehatan untuk wilayah kabupaten atau kota
- d. Pengaturan dan perijinan
- e. Kesehatan lingkungan
- f. Kesehatan kerja atau kesehatan industri
- g. Kesehatan ibu dan anak
- h. Keluarga berencana
- i. Kesehatan gizi
- j. Imunisasi (Soejitno, 2002)

Peranan rumah sakit dalam sistem pelayanan kesehatan selain membantu dinas kesehatan kabupaten atau kota dalam kegiatan dan masalah kesehatan

masyarakat yang merupakan prioritas di wilayahnya, rumah sakit secara khusus bertanggungjawab terhadap manajemen pelayanan medik pada seluruh jaringan rujukan di wilayah kabupaten atau kota. Oleh karena itu, rumah sakit merupakan pusat rujukan dalam sistem pelayanan kesehatan di wilayah cakupannya (Soejitno, 2002).

Sebagai pusat rujukan di wilayahnya, rumah sakit juga merupakan pusat sumber daya (*resource center*) ditinjau dari teknologi dan sumber daya manusianya yang terampil. Oleh karena itu, rumah sakit wajib membina fasilitas pelayanan kesehatan yang berada dalam jaringan rujukannya. Bila dalam kabupaten atau kota terdapat lebih dari satu rumah sakit termasuk swasta, maka tugas pembinaan ini perlu koordinasi oleh direktur rumah sakit kabupaten atau kota sesuai kemampuan yang menjadi unggulan masing-masing rumah sakit (Soejitno, 2002).

E. Hipotesis

1. Opini perawat Rumah Sakit Dr. Moewardi Surakarta akan menggambarkan tingkat pengetahuan perawat terhadap *peri-operative fasting period*.
2. Opini perawat Rumah Sakit Dr. Moewardi Surakarta akan menggambarkan tingkat pengetahuan perawat terhadap pemberian obat selama *peri-operative fasting period*.
3. Adanya hubungan antara pengetahuan dan sikap perawat dalam mengambil keputusan terhadap pemberian obat selama *peri-operative fasting period*.